

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

Luis Felipe FALAGAN GONZALEZ

Né le 21 Juin 1904, à Mayagüez (Porto-Rico)

LE CHANCRE
PAR MORSURE

Président : M. GOUGEROT, Professeur

Lucien CARIO, Imprimeur
13, Pass. Trubert-Bellier
PARIS (XIII^e)
1939

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(*Diplôme Universitaire*)

PAR
Luis Felipe FALAGAN GONZALEZ
Né le 21 Juin 1904, à Mayagüez (Porto-Rico)

LE CHANCRE
PAR MORSURE

Président : M. GOUGEROT, Professeur



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Le Doyen TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	ROUVIÈRE.
Physiologie.....	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI.
Bactériologie.....	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAÎTRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale.....	CROUZON.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire.....	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LEMAIRE.	Pathologie expérimentale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.	LEVEUF.	Pathologie chirurgicale.
BOULIN.	Pathologie médicale.	M ^{lle} J. LÉVY.	Pharmacologie.
BULLIARD	Histologie.	LÉVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiâtrie.
CATHALA.	Pathologie médicale.	MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
DOGNON.	Physique.	MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
FEY.	Urologie.	MOUQUIN.	Pathologie médicale
FUNCK	Pathologie chirurgicale.	PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD.	Parasitologie.	PIÉDELIÈVRE.	Médecine légale.
GASTINEL.	Bactériologie.	PORTES.	Obstétrique.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.	RENARD	Ophtalmologie.
GAYET.	Physiologie.	RICHET.	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.	SANNIÉ.	Chimie biologique.
GIROUD	Histologie.	SÉNÈQUE.	Pathologie chirurgicale.
HAGUENAU.	Pathologie médicale.	TROISIÈRE.	Pathologie expérimentale.
HALPHEN.	Oto - rhino-laryngologie.	TURPIN.	Pathologie médicale.
HAZARD.	Pharmacologie.	VIGNES	Obstétrique.
HUGUENIN.	Anatomie pathologique.	WILMOTH.	Pathologie chirurgicale.
JOANNON.	Hygiène.		
LACOMME.	Obstétrique.		
LANTUÉJOUL.	Obstétrique.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE.	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
RUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILEY-BERT.	Physiologie.	SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL.	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN. . .		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT. . . .	
CHABROL. . . .		GATELLIER . . .	
DONZELOT. . . .		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.			
SÉZARY.			
MM.			
ECALLE.	} Clinique obstétricale.		
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique.
RUFFE.	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*En faible témoignage de mon amour
filial.*

A MES FRÈRES ET SŒUR

A Monsieur le Docteur TOURAINE
Médecin à l'Hôpital Saint-Louis,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

*qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a guidé de ses pré-
cieux conseils.*

*En témoignage de profonde gratitude
et respectueuse affection.*

A Monsieur le Docteur G. MILIAN
Médecin honoraire de l'Hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de Médecine,

*En remerciement pour sa très inté-
ressante observation.*

A Monsieur le Professeur H. GOUGEROT,
Professeur de clinique des maladies cutanées
et syphilitiques.
Officier de la Légion d'Honneur,

*Pour le grand honneur qu'il nous a
fait en acceptant la présidence de
cette thèse.
Hommages respectueux.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

INTRODUCTION

Une opinion très répandue dans le public veut que l'infection syphilitique se contracte, sinon exclusivement, du moins presque toujours par un contact sexuel et que pour se préserver à « coup sûr, il suffirait de ne pas s'exposer », ce qui est parfaitement faux et dangereux.

Mais, s'il est vrai que la voie de pénétration la plus courante du tréponème dans notre économie se fait par des coïts plus ou moins purs, il n'est pas moins exact que ce virus peut pénétrer par n'importe quelle région de la surface du corps avec laquelle il prend contact et lorsque les conditions de vie sont favorables à son développement.

Pour que l'organisme soit infecté deux conditions sont nécessaires : un agent infectant et une porte d'entrée. Comme porte d'entrée, il existe toute une série, parfois étrange et bizarre, de modalités de contamination, modalités qui ont besoin des enquêtes aussi approfondies, aussi rigoureuses que possible pour pouvoir les dépister.

Une façon particulière d'inoculation, qui permet au tréponème de pénétrer et se répandre dans l'organisme donnant lieu à tous les accidents caractérisant la syphilis, c'est la morsure, ce qui fera l'objet de cette thèse.

On verra comment, grâce à ce mode de contamination, la maladie s'installe, se développe, pouvant quelques fois donner lieu à des jugements erronés ou

passer inaperçue, soit par la localisation insolite de la plaie initiale, placée dans des régions où l'idée d'un accident syphilitique ne vient pas, soit pour revêtir au début les allures d'une lésion superficielle tout à fait banale. Sous ces apparences trompeuses, on ne se méfie pas, on fait un examen à la légère, insuffisant et dépourvu de bases assez solides pour pouvoir porter un bon diagnostic.

Combien des chancres de la lèvre n'ont pas été ainsi étiquetés: acné à la période croûteuse, eczéma, impétigo, herpès; ou des chancres digitaux classés le plus souvent panaris, tournioles ou même engelures, et ce n'est que plus tard, lorsque la maladie évolue et que tout le cortège de manifestations secondaires apparaît qu'on se rend compte que la lésion d'aspect inoffensif était réellement un chancre.

Il est en effet difficile de se rendre un compte exact des cas de syphilis accidentelle qui échappent et passent inaperçus non seulement aux profanes, mais même aux médecins instruits.

L'histoire de ces chancres par morsure comme nous le verrons dans les observations qui vont suivre, est toujours la même. Dans une querelle on vient aux mains, et l'un des adversaires mord l'autre dans la région la plus accessible à sa bouche. La petite blessure suit sa marche ordinaire, s'encroûte et se cicatrise à brève échéance, puis sur la cicatrice ou sur la croûte encore persistante, éclot et se confirme trois à quatre semaines plus tard, une lésion nouvelle, laquelle n'est autre qu'un chancre syphilitique.

Ces morsures se produisent en trois circonstances: comme un moyen de défense ou attaque, blessure ac-

cidentallement produite par les dents ou bien au cours de l'orgasme vénérien.

Le chancre par morsure est variable quant à son siège. Mais on peut affirmer qu'il se remarque sur les parties découvertes, parmi ces parties les mains paraissent en être affectées le plus souvent.

Le chancre par morsure on le voit généralement dans la classe ouvrière, dans la classe pauvre, car la contamination de cet ordre sont la suite de rixes, qui ne se produisent guère dans la classe bourgeoise.

C'est aussi dans ce milieu que la syphilis peut avoir tendance à devenir plus grave car elle affecte des organismes préalablement débilités par une cause quelconque (alcoolisme, mauvaise alimentation ou insuffisante, mauvaise hygiène) et n'offrant à l'infection qu'une résistance amoindrie.

Observation I (par M. LESAGE).

Le nommé X..., âgé de 20 ans, entre à l'hôpital le ... 1885.

De constitution vigoureuse. Pas d'antécédents héréditaires. N'a jamais eu de chancre à la verge.

Au mois de février, il s'est battu avec un sujet qui l'a mordu au pouce de la main droite. La plaie s'est fermée au bout de quinze jours.

Deux mois après les ganglions de l'aisselle droite se sont engorgés. Il n'y a eu ni douleur ni suppuration.

Les ganglions sont restés gros pendant un mois puis ont diminué peu à peu et ont été suivis de boutons en grand nombre qui apparurent d'abord à la plante du pied droit, puis à la jambe, et à la cuisse droite.

Presque en même temps, d'autres boutons ont été remarqués à la jambe gauche, poitrine, au cou, à la face et au front. Dans le dos le nombre en était considérable. Le malade dit en avoir eu également dans la tête et accuse une chute de cheveux et de poils très abondante.

Etat actuel: le pouce ne présente d'autres lésions qu'une induration très manifeste au niveau de l'ongle et de la matrice de l'ongle.

Sur la plante du pied droit, l'éruption a disparu, mais on remarque des syphilides papuleuses sur les jambes, où elles sont en très grand nombre isolées par place, réunies au contraire dans d'autres endroits. Les cuisses n'en présentent que quelques-unes par-ci par-là. A la poitrine, elles sont en plus grand nombre que sur l'abdomen. Mais c'est surtout sur le

dos qu'elles se trouvent en nombre considérable. Sur le cou, la face et le front, elles sont également très évidentes. On en voit peu sur le cuir chevelu, mais les cheveux sont minces, secs et se laissent enlever sans beaucoup d'effort.

Sur les avant-bras, surtout sur le bras, on voit aussi des syphilides papuleuses disséminées sur la partie externe.

Sur le gland et à sa base, ainsi que sur le scrotum, quelques syphilides papulo-érosives peu abondantes.

Observation II (par M. LEJARS).

Il s'agit d'un homme de 30 ans, grand et vigoureux, qui, l'été dernier, étant employé dans un établissement de bains, se prit de querelle avec un client et lui porta un coup de poing sur la bouche : il heurta l'arcade dentaire supérieure de son adversaire et se fit, de la sorte, une double blessure à la face dorsale du pouce et de l'index infléchis, au niveau de l'articulation inter-phalangienne du pouce et phalango-phalangienne de l'index. Les deux petites plaies saignèrent un peu et se fermèrent très vite. Un mois plus tard, aux deux points correspondants, la peau s'ulcérait, et les deux ulcérations grandissant peu à peu devinrent très rapidement bourgeonnantes et fongueuses.

Le malade nous fut envoyé à l'hôpital de la Pitié. Les deux surfaces dénudées ne ressemblaient à rien moins qu'à des chancres, mais à des plaies mal pansées, irritées et infectées; des applications de poudre de salol et d'iodoforme n'améliorèrent nullement l'état local qui, au bout de trois semaines, était le suivant : à l'index, l'ulcération plus large qu'une pièce de cinq francs, couvrait toute la face dorsale du premier article inter-phalangien ; elle était ovulaire, encerclée d'un liséré violacé, frangé et de lamelles épidermiques à demi décollées ; le fond était saillant, mamelonné, d'un rouge foncé maculé par places de points jaunes, il saignait au moindre frottement; l'ensemble n'était nullement induré, on ne sentait au-dessous aucune base solide, aucune plaque épaissie. Au pouce l'ulcération était soulevée par une bosselure nettement fluctuante, et, à sa surface,

se trouvaient ces taches jaunâtres, déjà signalées. Les deux ulcères étaient fort douloureux.

En présence de ces lésions, nous avons soulevé une double hypothèse : celle d'un double chancre syphilitique, de forme très anormale, ou encore une double ulcération tuberculeuse inoculée ; l'aspect fongueux et jaunâtre par place des deux ulcères, la collection du pus sous-jacent à celui du pouce n'étaient pas pour éloigner cette dernière interprétation.

Deux mois après la morsure on a pratiqué l'extirpation large des deux ulcères, en circonscrivant chacun d'eux par une double incision semi-circulaire, et en le disséquant en masse. Les deux plaques excisées furent soumises à un examen histologique et bactériologique qui ne donna pas de résultats spéciaux, de plus, un fragment de l'une d'elles fut inséré dans le péritoine d'un cobaye, qui mourut subitement le lendemain, sans que l'on ait su à quoi attribuer cette mort brusque.

Les plaies furent pansées à l'iodoforme et au bout d'une huitaine les plaies commençaient à se cicatriser.

Trois semaines plus tard, le malade présentait un enrouement très marqué, de la dysphagie, un peu de dyspnée : à l'examen de sa poitrine on découvrait une roséole confluente, et sur le voile du palais des plaques muqueuses déjà très abondantes. Le diagnostic était dès lors évident.

Cette observation est intéressante parce qu'elle montre une des erreurs de diagnostic que peuvent susciter les chancres du doigt, et il conviendrait d'ajouter la confusion possible avec la tuberculose

verruqueuse, du moins du point de vue objectif, le doute étant souvent tranché au bout de quelques jours par l'apparition d'une roséole.

Les exemples de chancres par morsures au niveau des doigts sont nombreux; c'est ainsi que Fournier cite le cas d'un dentiste qui, en nettoyant les dents d'une femme, fut mordu par elle et eut à la suite de cet accident engorgement des ganglions de l'aisselle, puis syphilis papuleuse et iritis.

D'un sergent de ville, qui, en arrêtant un malfaiteur, fut également mordu à l'un de ses doigts et eut à la suite les mêmes accidents que précédemment, moins l'iritis.

D'un second sergent de ville qui, d'après M. le Professeur Bouardel, se trouva dans les mêmes conditions que le précédent et présenta, de plus, à la suite de sa morsure, un ensemble de phénomènes qui annonçaient l'ataxie locomotrice.

Observation III (par D^r NEUMANN).

Un mari syphilitique contamine sa femme. Tous les deux ont été en traitement dans ma clinique. Leurs deux enfants étaient aussi atteints.

A la suite d'une rixe entre les deux époux, le beau-père voulant les séparer fut mordu par son beau-fils au niveau de la main. A l'endroit de la morsure, s'est produite une ulcération suivie plus tard d'un exanthème maculo-papuleux.

Observation IV (D^r MAECHEN).

Il s'agit d'un sujet de 29 ans, célibataire, qui vient consulter pour une ulcération localisée à la partie dorsale de la main droite. Il nous raconte que s'étant pris de querelle avec son frère, lequel il le savait atteint de syphilis, il fut mordu à la main droite, justement dans la région qui occupe l'ulcération pour laquelle il vient nous consulter.

Au début il ne prêta beaucoup d'importance à sa blessure et il continua à travailler sans s'inquiéter nullement par l'apparition, quelques jours après d'une inflammation dans la région mordue.

Un mois après il constata une ulcération très nette localisée sur la partie dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne et l'apparition de quelques ganglions douloureux dans la région axillaire.

A notre examen nous avons trouvé une ulcération arrondie, à bords surélevés, de sa surface, couleur rouge foncé, s'écoule une sérosité visqueuse, les ganglions axillaires sont augmentés de volume. Une superbe éruption secondaire du type maculo-papuloso-squameuse couvrait le corps et les membres inférieurs. Cette éruption, selon l'aveu du malade, apparut quelque temps après l'ulcération.

La porte d'inoculation accidentelle dans ce cas est très claire, mais s'il aurait été autrement, l'aspect typique de la lésion avec ses bords surélevés et l'exudation séreuse aurait été suffisants pour faire le diagnostic sans avoir besoin de poser au malade d'autres questions ou d'examiner une autre région du corps.

Observation V (par MM. LAVERGNE et PERRIN).

X..., Auguste, 34 ans, maçon, entre au service de M. le Professeur Fournier.

Le malade boit en moyenne deux à trois litres de vin par jour, plus un ou deux petits verres le matin avant son travail. Aucun antécédent vénérien jusqu'au mois d'août 1882.

Le malade raconte qu'à cette époque, en voulant séparer deux individus qui se battaient il a été mordu au bras droit par l'un d'eux.

Le bras était recouvert d'une blouse et de la chemise qui furent déchirés par la morsure; au-dessous il a eu une plaie comme une pièce de quarante sous environ, portant de chaque côté la marque des dents. Le malade rentre chez lui et cautérise la plaie avec de la « braise de charbon ».

Le lendemain il alla travailler ; le surlendemain l'eschare déterminé par la brûlure s'étant décollée avec les pièces de pansement, il alla chez un pharmacien qui lui appliqua des compresses imbibées dans un liquide semblable à la glycérine. La plaie était fermée un mois et demi après la morsure.

Au bout de trois semaines elle se rouvrit, s'enflamma, devint prurigineuse. Indolente quand le malade ne travaillait pas, elle était douloureuse, si le malade se servait de son bras. Un suintement peu abondant se produisit à la surface.

Au bout de quinze jours d'expectation, le malade alla à l'Hôtel-Dieu, voyant que la plaie s'élargissait : on lui prescrivit un pansement au diachylon qui fut appliqué séance tenante et que le malade renouvela pendant huit jours. Il consulta encore plusieurs mé-

decins qui ne lui donnèrent qu'un traitement local. Aujourd'hui, elle est complètement fermée.

Lorsque nous l'examinons, nous constatons sur la face latérale du bras droit, à trois centimètres au-dessus de l'épicondyle, une papule de forme ovale, large comme une pièce de deux francs, de couleur jambon foncé, formant au-dessus des téguments un relief considérable. La surface est recouverte des écailles blanches et transparentes.

Au-dessus de l'épitrochlée, ganglion volumineux indolent, gros comme une amande. Ce ganglion surmonte complètement l'épitrochlée. Dans le creux de l'aisselle, deux ganglions indolents, assez volumineux.

Alopécie considérable, ayant débuté il y a trois semaines, généralisée à toute la tête. Plusieurs syphilides muqueuses de coloration cuivrée. Céphalée fréquente. Bourdonnements des oreilles. Sur le tronc syphilides érythémateuses.

Observation VI (par D^r TRUFFI).

R... Eugénie, 25 ans, vient au dispensaire le 24 octobre 1916, avec un chancre de la région zygomatique droite recouvert d'une croûte hémorragique noirâtre. Induration très nette. Le malade raconte que cette lésion datant de 25 jours, elle s'est développée environ 20 jours après qu'une compagne de travail l'avait mordu pendant l'orgasme vénérien.

Observation VII (par MM. LAVERGNE et PERRIN).

Le nommé X... Adolphe, âgé de 18 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis.

Antécédents héréditaires et personnels absolument nuls.

Ce malade raconte que s'étant battu avec un Italien, il a été mordu à la joue. La plaie, assez profonde, était cicatrisée au bout de quinze jours. Quatre semaines après la morsure, la cicatrice a noirci, s'est indurée. De nombreux ganglions se sont montrés dans la région cervicale.

A la consultation on diagnostique « chancre induré », et on le soumet au traitement spécifique. Consécutivement le malade eut divers accidents secondaires: roséole, syphilides papulo-squameuses disséminées sur tout le corps.

Au moment où le malade entre dans le service les accidents persistent encore : le chancre n'est plus représenté que par un léger noyau d'induration et une forte coloration noirâtre de la peau. L'examen le plus minutieux du malade ne permet de reconnaître en aucun point la trace d'un accident primitif ignoré du malade.

Observation VIII (par D^r SERRA).

Un douanier, M .S., de Livourne, se présente à la consultation avec un syphilome ulcéré intéressant la moitié gauche de la lèvre inférieure, avec adénopathie ganglionnaire de la région sous-maxillaire, éruption papuleuse diffuse, plaques muqueuses buccales et anales.

Le malade rapporte que, quoique fréquentant assidûment les jeunes filles légères, il n'avait pas pu avoir de contact depuis trois mois, car il a été **consigné** par ses chefs pour une rixe qu'il avait eue avec un camarade, lequel lui avait communiqué la syphilis en le mordant à la lèvre inférieure, précisément au point où était apparue, 25 jours après, la lésion actuelle.

Les manifestations secondaires existent depuis quinze jours.

Observation IX (par M. DRYSDALE).

Deux jeunes filles : Martha de 13 ans, et Esther de 19 ans, viennent nous consulter le 26 du mois d'août. La plus jeune, Martha, présentait une ulcération indurée du côté gauche de la vulve, des ganglions sur la région inguinale des deux côtés, papules syphilitiques sur les cuisses et l'abdomen, des croûtes sur la tête et plaques muqueuses sur l'anus. Esther présentait une roséole sur le corps, syphilides papuleuses dans la cavité buccale et des ganglions à la partie postérieure du cou.

Esther nous raconte qu'au mois d'avril, elle avait été mordue à la partie droite de la lèvre supérieure par un petit enfant, orphelin, que sa mère s'était chargée de nourrir. L'enfant, d'après le récit de la domestique qui l'amena à la maison, avait présenté quelque temps après sa naissance une éruption sur tout le corps et quelques lésions au niveau des lèvres.

La morsure a été suivie d'un durcissement et augmentation du volume de la lèvre, s'accompagnant de volumineux ganglions sous-maxillaires.

Il est donc évident que la morsure de l'enfant hérédo-syphilitique a déterminé une syphilis chez la sœur aînée, laquelle à son tour a contaminé sa sœur cadette avec qui elle partageait son lit.

Observation X (par M. GUIGNARD)

B... Pierre, 22 ans, passementier, entre le 15 octobre 1881 à l'Hôpital Saint-Louis.

Rien du côté héréditaire. Il a joui jusqu'ici d'une très bonne santé. Il n'a eu ni chaudepisse ni rien à la verge. Ses organes génitaux sont en effet en bon état.

Il n'a jamais eu de boutons à la peau. C'est un homme brun, bien constitué, vigoureux.

Il y a trois mois environ dans une rixe, venue au sujet d'une femme mal famée, il a été mordu au nez par un individu qu'il dit être le souteneur de la femme et qui avait, selon lui, mal dans la bouche.

La morsure a atteint l'aile droite du nez. Elle a à peine saigné au moment où elle a été faite. Cependant, elle s'est enflammée d'une façon progressive, la plaie s'est indurée et elle n'a pas tardé à offrir toutes les apparences d'une verrue (expression du malade), que le malade s'est mis à écorcher.

Il n'a pas eu jusqu'ici mal de gorge.

Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés, durs, non douloureux. Il y a à peu près un mois que cette adénite a été remarquée du malade.

Le 18 octobre, la plaie du nez présente une large ulcération aplatie. Elle est de la dimension d'une pièce de deux francs. Les bords en sont rougeâtres, luisants et présentent dans leur voisinage un empâtement assez régulièrement distribué, d'une couleur rouge violacée. Le fond aplatie, est gris jaunâtre, comme lardacé ; il donne un pus sanieux. Au niveau

de la cloison, les bords de la plaie font un léger bourrelet qui surplombe la lèvre supérieure.

Le diagnostic de syphilis a été fait à son entrée à l'hôpital Saint-Louis. Une roséole est apparue quatre jours après.

Observation XI (par MM. MOREL-LAVALLÉE).

Le nommé Ernest G..., peintre, entre à Lariboisière le 22 juin, pour une paralysie bizarrement localisée des fléchisseurs des trois premiers doigts de la main droite, vraisemblablement d'origine saturnine. En le découvrant nous apercevons sur ses cuisses des taches violacées de roséole, tandis qu'au scrotum se voient des exulcérations rouges ou opalines qui sont évidemment des syphilides secondaires.

Devant notre interrogation, le malade est fort étonné, et ne sait d'abord ce que nous voulons dire. Il y a un an qu'il n'a vu de femme. Enfin, à force de chercher une adénopathie ou une écorchure quelque part, car l'infection est évidemment récente, nous portons notre attention sur une cicatrice croûteuse du sourcil gauche.

En interrogeant le malade nous apprenons ceci : il y a trois mois, dans une dispute, il fut mordu au sourcil gauche par son adversaire, qui, arrêté pour ce fait, passa la nuit au poste.

Le lendemain matin, notre homme, voyant qu'il pouvait travailler, se désista par écrit de toute plainte, et le coupable fut remis en liberté.

La cicatrisation se fit en quelques jours, mais il resta comme un petit bouton croûteux sec, qui le démangeait beaucoup. Six semaines après la morsure, il entra dans un hôpital pour sa paralysie de la main ; on lui donna un gramme d'iode par jour, et on le fit électriser. Déjà il portait à cette époque, a-t-il entendu dire au chef de service, des plaques muqueuses du scrotum. On chercha, raconte-t-il, des traces de chancre sur la verge, où on n'en trouva pas. Cepen-

dant, précisément à ce moment, le bouton du sourcil devenait très dur, il était rouge-noir, paraît-il, et le malade le grattait sans cesse.

On vit ce bouton, le malade raconta l'histoire de sa morsure, on lui dit que cela n'était rien; deux ou trois jours après son entrée à l'hôpital, il survint à l'angle de la mâchoire, un gonflement, qui, si nous croyons notre malade, aurait été attribué à «une fluxion de la parotide ou des ganglions parotidiens, sous l'influence d'une pharyngite iodique». Peu après, il remarqua une petite grosseur actuellement persistant encore, et qui est due au gonflement du ganglion préauriculaire. Puis il y a eu formation de cordes lymphatiques et abcès lymphatiques périoculaires.

En examinant avec soin le sourcil gauche nous y voyons une croûte rougeâtre reposant sur une plaque allongée d'environ deux centimètres. Cette plaque est indurée, on dirait un morceau de parchemin; en le séparant avec les doigts de la peau saine, on aperçoit admirablement une induration foliacée; la croûte, perdue au milieu des poils des sourcils, se continue en avant avec une tache blanchâtre cicatricielle, qui constituait la partie antérieure de la morsure.

Observation XII (par MM. LAVERGNE et PERRIN).

Le nommé X..., âgé de 26 ans, serrurier, entre le 15 janvier, salle Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier.

Père et mère bien portants, n'ayant jamais eu de maladies vénériennes. Comme antécédents personnels, le malade a eu des maux des yeux dans son enfance, la fièvre typhoïde à 4 ans, la variole à 5 ans. Depuis cette époque il s'est très bien porté, absence de tout antécédent syphilitique jusqu'au jour où il a contracté la maladie qui l'amène à l'hôpital.

Il nous raconte que le 25 octobre dernier, se trouvant à la foire de Ménilmontant, après des libations trop copieuses, il s'est pris de querelle avec un « lutteur » et s'est battu avec lui. Dans la lutte, son adversaire, d'un coup de dent, lui a emporté un morceau d'oreille gauche. La plaie a beaucoup saigné, pendant une demi-heure environ. Il se rendit chez un pharmacien qui pansa la blessure avec un baume calmant. Le malade renouvela le même pansement pendant cinq jours. Au bout d'une semaine la plaie était cicatrisée, mais il restait encore une « croûte » dont le malade ne se préoccupa plus pendant trois semaines. Au bout de ce temps, ayant gratté cette croûte, il vit la plaie se réouvrir, fournir un suintement peu abondant, et suivant sa propre expression « manger tout autour d'elle ». Il se contenta d'appliquer dessus des compresses d'eau de guimauve et ne consulta pas le médecin.

La plaie « ne mange » plus depuis une vingtaine de jours, mais depuis cette époque, de nombreux bou-

tons ont apparu sur le corps, débutant par le dos. En même temps, il a commencé à avoir des maux de gorge.

Etat actuel (16 janvier). Le sillon auriculo-temporal de l'oreille gauche, l'apophyse mastoïde et la partie supérieure de la région sterno-mastoïdienne du même côté sont en partie masqués par un vaste chancre phagédénique. Du côté de l'oreille, la moitié du lobe, la terminaison de l'hélix et de l'anthélix ont été détruits, et une profonde ulcération a rongé jusqu'au tragus.

Passant ensuite sur la face postérieure du pavillon, l'ulcération se prolonge de trois centimètres environ au delà du sillon auriculo-temporal, dépassant en haut le sommet de l'apophyse mastoïde, arrivant en bas jusqu'au niveau d'une ligne horizontale passant par l'angle de la mâchoire inférieure.

A la partie moyenne existe une vaste piscine, dont les bords accolés l'un à l'autre, masquent les profondeurs. Le fond est recouvert d'un liquide jaunâtre assez abondant. Les parois ont un aspect terne et grisâtre; elles sont mamelonnées et irrégulières. La lèvre de la fissure située du côté de l'oreille est divisée en deux parties, supérieure et inférieure, par un petit sillon qui se continue à sa partie supérieure avec le sillon auriculo-temporal.

La portion du chancre placée en arrière de la fissure a une couleur jaunâtre; le fond en est sec, recouvert de croûtes, d'épaisseur variable suivant les points, mais assez sensible pour former un relief appréciable au-dessus des parties saines. Les bords, entourés d'une zone érythémateuse subinflammatoire,

sont serpegineux, et se continuent au-dessus et au-dessous des extrémités de la fissure avec les limites de la portion du chancre, qui se trouve en avant de la fissure.

An niveau de l'oreille, les tissus ulcérés ont une couleur rouge foncé, luisante, une sérosité peu abondante en recouvre la surface.

Au niveau de la face postérieure du pavillon auriculaire, les parties reprennent l'aspect mamelonné de la portion du chancre située en arrière de la fissure.

Les bords irréguliers sont légèrement croûteux par places. Indolence absolue à la pression. Le siège particulier de la lésion reposant d'une part sur les cartilages de l'oreille, d'autre part sur le plan osseux, ne permet pas de constater l'induration.

La région sous-maxillaire, parotidienne, sternomastoïdienne supérieure et occipitale, sont le siège d'une énorme pléiade ganglionnaire, froide, indolente, à la fois visible et tangible: c'est sur elle que repose, en partie, l'extrémité inférieure du chancre.

Sur la tête, cheveux clairs, parsemés de nombreuses syphilides papuleuses ou papulo-squameuses, laissant voir sous la squame facile à détacher, par un léger grattage, un derme d'un rouge cuivré.

Eruption abondante de syphilides papuleuses et papulo-croûteuse, desquamatives et laissant voir à leur périphérie une collerette épidermique très nette sur le front. Mêmes lésions dans les sourcils, sur le nez.

Au niveau des joues on voit de nombreuses syphilides érythémateuses et les papules plus grosses tendent à devenir hypertrophiques.

Sur le menton les syphilides sont papulo-croûteuses. Syphilides de la même nature sur la lèvre supérieure disposée en trois groupes principaux.

A la face interne des lèvres se voient trois syphilides muqueuses papulo-érosives, opalines, du volume d'un grain de millet. Gorge rouge, enflammée : amygdales luisantes, recouvertes à leur face interne par de nombreuses syphilides érosives.

Nombreux ganglions sous-maxillaires : deux ganglions sus-hyoïdiens situés sur la région médiane.

Sur le dos, sur les lombes, l'éruption est remarquable par sa polymorphie, on y voit des syphilides érythémateuses, papuleuses, papulo-squameuses et papulo-croûteuses.

Les bras, les avant-bras sont recouverts des papules symétriquement disposées, plus abondantes sur la face postérieure : elles descendent jusqu'au dos du poignet et jusqu'à la face dorsale des mains.

Pléiade inguinale double, indolente ; sur le fourreau de la verge (partie dorsale médiane), groupe de syphilides papuleuses, au nombre de six, légèrement squameuses.

Le gland, le sillon glando-préputial présentent plusieurs syphilides de la grosseur d'une lentille.

Les fesses, les cuisses ne présentent que peu de lésions. Rien aux pieds. L'ensemble de l'éruption présente la couleur de jambon caractéristique des éruptions syphilitiques.

Le malade a eu une otite moyenne aiguë qui a suppuré, qui a guéri. Il faut remarquer qu'il y avait des

syphilides muqueuses à la gorge. Il y a eu propagation de l'inflammation jusqu'à la muqueuse de la caisse par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache.

Observation XIII (par D^r GOUIN.).

Il s'agit d'un ouvrier d'usine, âgé de 43 ans, marié, père de cinq enfants. Ce malade vient consulter le 2 septembre 1917 et présente une oreille droite œdématisée, augmentée de volume. Sur le lobule on trouve deux érosions lenticulaires séparées l'une de l'autre par un mince pont fibreux; ces ulcérations sont peu croûteuses et reposent sur un tissu violacé, elles sont entourées par un petit bourrelet; au toucher, elles sont dures, ligneuses, le lobule tout entier est de la même consistance. Le sillon rétro-auriculaire, présente également une ulcération plus longue que large, linéaire, ayant les mêmes caractères que les deux précédemment décrits, l'oreille dans sa totalité est elle-même très indurée, et ne peut être plissée dans aucun sens.

Il existe une adénopathie sous-maxillaire, rétro-maxillaire, cervicale en pléiade avec un volumineux ganglion au niveau de l'angle maxillaire.

Une roséole confluyente tapisse le thorax et l'abdomen, des éléments papuleux, squameux sont disséminés çà et là sur le tronc et sont plus abondantes aux bras et au front.

Dans la bouche, plaques muqueuses au niveau de la lèvre inférieure, supérieure et commissures.

Il s'agit bien là d'une explosion de syphilis secondaire et le diagnostic s'impose; seul, l'accident initial

aux localisations habituelles manque au tableau; la verge est indemne de cicatrice de chancre, les muqueuses buccales n'en présentent non plus aucune trace, seules les lésions de l'oreille retiennent toute notre attention et lorsqu'on enlève les croûtelles, la surface des chancres est nettoyée à l'eau bouillie et plusieurs frottis montrent des tréponèmes en abondance: il s'agit bien d'une lésion syphilitique initiale. La séro-réaction de Wassermann est fortement positive.

Le malade alors questionné nous renseigne.

Vers le 20 juillet, dans un café, cet homme eut une rixe avec des ouvriers, les hommes en virent aux mains, le malade fut mordu par l'un d'eux, à l'oreille droite. Le soir même notre malade était transporté à l'hôpital où deux points de suture réunirent le lambeau pendant du lobule. Cela se passait le 20 juillet 1917. Au début d'août, la plaie était cicatrisée et le malade reprenait son travail.

Le 15 août, le malade remarqua une augmentation de volume de son oreille. Elle devint, dit-il, violacée et douloureuse. Un médecin de l'usine consulté le 20 août ordonna des compresses et des lavages d'eau boriquée. Le 13 septembre le malade se découvrait une éruption sur tout le corps; il consulta un médecin civil de l'endroit qui porta le diagnostic de roséole.

Les deux chancres de la face externe du lobule semblent correspondre aux implantations des deux dents, et la lésion sous-lobaire à l'implantation plus ou moins complète des dents de l'autre mâchoire. Ces morsures ont donc déterminé trois points d'inoculation qui peuvent être considérés comme ayant donné

naissance à trois chancres syphilitiques apparus 25 jours après la morsure et également après guérison des lambeaux lobulaires suturés.

Observation XIV (par M. WATSON).

Il s'agit d'un homme de 35 ans, commis de magasin, il n'y a pas d'antécédents vénériens. Le malade vient me consulter présentant sur son cuir chevelu une lésion ayant été produite deux mois auparavant par son adversaire au cours d'une rixe.

Il avait soigné cette blessure mais elle n'était pas guérie.

Lorsqu'il vint me voir, il l'avait toujours, ainsi qu'une éruption papuleuse.

L'ulcération de son cuir chevelu, siégeait dans la région pariétale droite, elle présentait un contour irrégulier, son diamètre était d'environ un pouce et couverte d'une croûte.

Après avoir enlevé la croûte, on constata un écoulement purulent. L'ulcération saignait facilement.

Les cheveux étaient tombés tout autour dans une surface grande comme une pièce d'un demi-dollar.

Les ganglions auriculaires étaient augmentés des deux côtés, mais surtout du côté droit où on constatait trois ganglions, cervicaux du volume d'une cerise.

Il n'y avait sur la verge aucun signe d'entrée de cette infection et le malade avoue ne pas avoir eu aucune relation suspecte.

Le diagnostic de chancre syphilitique et d'éruption papuleuse de même nature fut posé. Le malade fut soumis au traitement spécifique : son ulcération cicatrisa et ses cheveux repoussèrent.

Observation XIV (par Prof. FOURNIER).

Dans les premiers jours de juin, je fus consulté par un jeune homme de 22 ans, vierge jusqu'alors de tout accident vénérien, et se croyant affecté d'un furoncle du cou. Ce prétendu furoncle datait déjà de trois ou quatre semaines et semblait ne pas évoluer vers la guérison. Une circonstance particulière inquiétait de plus le malade et l'avait engagé à consulter un médecin, c'est que ledit furoncle s'était produit juste en un point qui quelque temps auparavant, avait été mordu dans un transport amoureux par une femme assez suspecte.

Examen fait, je ne trouvais dans la lésion qui m'était présentée rien moins que les caractères du furoncle. Cette lésion, qui siégeait sur la partie latérale du cou, à un centimètre au-dessous du lobule de l'oreille, consistait en une érosion ovulaire, de la largeur de l'ongle, papuleuse, à bords élevés à fond de teinte de chair musculaire, à base fortement résistante et offrant au doigt cette dureté sèche, élastique, qu'il est impossible de confondre avec la dureté inflammatoire ou l'empâtement œdémateux. Par ces divers attributs, elle rappelait exactement cette variété de chancres syphilitiques de forme papuleuse, dits chancres en médaillon. De prime abord, en conséquence, je soupçonnai un chancre malgré le siège bizarre de l'accident. Et bientôt je fus confirmé dans cette vue en rencontrant à quelques centimètres au-dessous de la lésion un ganglion gros comme une noisette, dur, indolent, aphlegmasique à la façon des adénopathies qu'accompagnent les chancres syphilitiques. D'après ces divers signes, je me crus en droit de

faire un diagnostic précis, et avec la réserve que comportait la singularité de l'accident, j'annonçai au malade que ce qu'il croyait être un furoncle n'était pas un furoncle à coup sûr, et qu'il y avait de grandes probabilités, au contraire, pour que ce fut un chancre. Au cas, ajoutai-je, où mon jugement serait fondé, des accidents secondaires ne devraient guère tarder à se produire dans l'espace de quelques semaines.

Tel comme je l'avais prévu, le 27 juin explosion de phénomènes secondaires non douteux : sur le tronc, roséole papuleuse encore peu confluyente. Douleur de gorge sans lésion apparente. Un petit ganglion cervical dans la rainure du trapèze droit. Malaise général.

Mais je passe outre sur les détails consécutifs de la maladie qui n'ont plus trait au sujet actuel. Les quelques accidents sus-mentionnés suffisent pleinement à légitimer la nature de la lésion originelle, et là seulement est l'intérêt de cette observation.

Observation XVI (par D^{rs} TOURAINE et SOLANGE)

B. Germain, âgé de 38 ans nous consultait le 7 octobre pour une plaque rouge, arrondie et très légèrement croûteuse, de la taille d'une pièce d'un franc occupant le milieu du front. Presque cicatrisée, elle présentait pourtant encore un ou deux points légèrement érodés. Elle était un peu saillante et indurée.

En même temps on notait des adénopathies importantes et typiques, deux prétragiennes, et, du côté droit, deux ganglions l'un parotidien, l'autre rétro-parotidien, ce dernier de la taille d'une noix, un peu sensible et s'accompagnant d'un léger trismus. Les autres territoires ganglionnaires étaient indemnes.

L'interrogatoire nous apprend les faits suivants:

Le 23 juillet, au cours d'une altercation, l'adversaire de notre malade l'étreignit et lui imprima ses dents sur le front en serrant un peu. Cette morsure, immédiatement lavée à l'eau simple, laisse une petite plaie, qui se cicatrise. Mais, vers la fin d'août, seraient apparues deux érosions minuscules dont l'une se guérit complètement et l'autre fut l'origine de la lésion constatée.

La recherche des tréponèmes pratiquée pour nous le 7 octobre fut positive à la fois dans la lésion et par ponction ganglionnaire. Le Wassermann, encore négatif, est devenu positif brusquement le 14 octobre, après deux injections de cyanure de mercure et deux de novarsenobenzol. En même temps, apparaissait sur les membres supérieurs et la partie supérieure du dos et du thorax une roséole maculeuse, qui ne persista que 24 heures ; roséole remontée comme dans

des cas semblables la décrivait notre maître Jean-selme, roséole relativement tardive, apparue environ 50 jours après le chancre.

L'agresseur de notre malade a pu également être examiné par nous. Il a eu son chancre, il y quatre ans et demi, il a contaminé sa femme à la même époque. La sérologie confirma alors le diagnostic. Il reçut à ce moment en trois ou quatre mois, une trentaine d'injections intramusculaires puis ne fit plus de traitement. Sur ses quatre enfants, deux sont nés depuis la maladie de leur père. L'un âgé de deux ans, a une grosse tête avec front olympien. L'autre âgé de trois mois, présente un coryza syphilitique avec des rhagades et un léger hydrocèle.

Leur père est atteint de laryngite chronique, et de temps en temps de petites érosions buccales. Il en avait au début de septembre.

Les Wassermann, Hecht, et Kahn sont actuellement très positifs et son Vernes est à 39.

Nous relevons dans cette observation les traits suivants :

I. — L'étiologie spéciale. Il n'est pas rare qu'une morsure provoque un chancre. Nous en publions dans cet ouvrage plusieurs exemples. Mais la question d'une inoculation possible de la plaie demeure fréquemment en suspens, car la syphilis de l'agresseur n'est souvent que soupçonnée. Dans notre cas, celui-ci a pu être examiné et l'inoculation primitive devient dès lors bien plus probable.

II. — La durée de la période présérologique et de la seconde incubation (50 jours environ), sont également à noter puisque les chancres céphaliques passent pour s'accompagner d'une roséole précoce.

A ce sujet on a publié à Montevideo plusieurs cas bien démonstratifs de la thèse de M. le Professeur May, qui soutient depuis 1930 que la séroréaction de B.W. ne devient positive dans les localisations céphaliques que dans les mêmes délais que dans les localisations génitales de l'accident initial.

III. — Enfin, la contagiosité persistante de la syphilis de l'agresseur après quatre ans et demi et un traitement initial de 3 ou 4 mois qui semble avoir été assez intensif, est un fait d'importance. Cette contagiosité semble avoir eu comme cause des plaques muqueuses buccales à récives prolongées que Fournier rattachait à la syphilis secondaire tardive.

Observation XVII (par D^r MALHERBE).

Il s'agit d'une femme de la campagne. Elle fut, disait-elle, un jour assaillie en plein champ par un rôdeur. Cet homme l'ayant saisie par derrière, voulut abuser d'elle et la mordit fortement entre les deux épaules.

Cette blessure ne se guérit jamais complètement, puis, quelques semaines plus tard, on vit se développer à ce niveau une lésion rouge, violacée, dure. Cette lésion était un chancre syphilitique.

Quand nous examinâmes la malade, on voyait, en plein milieu du dos, entre les deux omoplates, une grosse papule large comme une pièce de deux francs, sèche, rouge, indurée. En outre, cette patiente était en pleine poussée d'accidents secondaires : roséoles, plaques muqueuses, etc...

Observation XVIII (par D^r G. MILIAN).

La nommée G... Marie, de 25 ans, entrée dans mon service Salle Henri IV en mai 1921.

Elle est couverte de syphilides papuleuses généralisées des plus typiques et de roséole. La réaction de Wassermann est fortement positive. Cette femme est en outre atteinte de gale.

On ne trouve chez elle aucune trace d'accidents primitifs à la vulve, au col utérin, ou à la bouche, mais elle présente à la région lombaire du côté droit, un peu au-dessous du rebord costal, une vaste lésion croûteuse ovalaire de 3 cm. de hauteur sur 5 ou 6 de large, dont le centre est occupé par une croûte noire encastrée dans les téguments comme un verre de montre dans sa monture suivant la comparaison classique. Autour de cette croûte existe une zone rougeâtre un peu infiltrée de 2 cm. de largeur environ, l'ensemble constituant un véritable chancre ulcéro-croûteux géant.

A l'aîne droite, à la partie externe, existent plusieurs ganglions dont un du volume d'une noix qui constitue l'adénopathie caractéristique de ce chancre syphilitique.

Intrigué sur la façon dont cette femme pouvait avoir contracté ce chancre syphilitique en une pareille région, nous lui avons demandé quelles étaient les causes susceptibles de l'avoir contaminée. Elle ne fit aucune difficulté pour nous raconter que son « ami » très amoureux d'elle, l'embrassait souvent avec un peu d'ardeur et un peu partout et parfois même la mordait, c'est ce qui était arrivé là où son

ami avait fait une morsure, qui marqua quelque temps et à la place de laquelle se développa le chancre que nous venons de décrire.

DIAGNOSTIC

Comme le disait Fournier, la véritable difficulté pour le médecin n'est pas de reconnaître le chancre quand il y pense, mais d'y penser, c'est-à-dire d'avoir toujours présente à l'esprit cette vérité qui est la sauvegarde du diagnostic en pareil cas, à savoir : que le chancre syphilitique peut se manifester sous l'apparence d'une lésion bénigne, banale et insignifiante.

Dans le chancre par morsure, nous retrouvons certains caractères absolument semblables à ceux du chancre de la verge, en même temps nous voyons d'autres qui ne lui ressemblent en aucune façon. Tous ses caractères peuvent se résumer en une définition clinique de chancre syphilitique adulte :

C'est une érosion sans bords, circonscrite, ronde ou ovale, à fond lisse, suppurant peu, de couleur chair musculaire ou grisâtre, indolente, aphlegmasique. Elle repose sur une base indurée.

D'après les observations précédentes nous croyons pouvoir avancer que le chancre par morsure est formé d'emblée.

En effet, les malades racontent que la plaie, une fois formée, a été longtemps à se guérir, et ils évaluent la durée à quinze jours au moins, trois semaines au plus. D'autre part ils ajoutent que la plaie ne s'est jamais ouverte une fois cicatrisée, mais que la place a gardé momentanément une coloration violette et même noirâtre.

Dans le chancre par morsure on constate aussi sous la base de la croûte une induration qui peut être profonde ou bien en surface, lamelleuse, soit parcheminée, soit seulement foliacée.

Comme dans le chancre de la verge, nous trouvons également une adénopathie formulée, le « bubon » est d'une grande constance. Fournier disait à ce sujet « il n'a pas la liberté de faire défaut », et Ricord « il est le compagnon fidèle du chancre, il suit le chancre comme l'ombre suit le corps ».

C'est une adénopathie circonscrite au département correspondant à la région mordue. Elle apparaît sous forme de ganglions souvent multiples, froids, indolents, durs et d'une dureté spéciale. Sa durée est variable et disparaît sans laisser de traces.

Lorsque le chancre est cicatrisé, et que les ganglions ont disparu, ou commencent à disparaître, six à sept semaines environ après l'accident, nous voyons d'autres signes se manifester. Tantôt c'est la roséole, ou bien des papules, les unes disséminées, les autres confluentes, apparaissent sur les membres, tronc, face. Ces papules sont des petites élevures de la peau d'une teinte rouge brun, quelquefois rouge cuivré. Elles sont également appréciables à la vue et au toucher, indolentes, ne donnent ni fièvre ni démangeaisons. Enfin, elles sont polymorphes.

Les cheveux et les poils du pubis, de l'aisselle deviennent fins, secs et cassants.

La voix est souvent enrouée, la gorge douloureuse. On y voit des syphilides muqueuses de teinte grisâtre.

Les malades se plaignent de mal de tête surtout plus fort pendant la nuit.

Ces caractères sont ceux de la syphilis, nous seront

donc autorisés à poser le diagnostic de chancre, chaque fois qu'un malade n'ayant jamais eu de chancre antérieur à son accident viendra se présenter avec ce cortège de signes pathologiques. Mais en général, lorsqu'on trouve ces deux signes majeurs et formels : induration et adénopathie, le diagnostic de la lésion pourra, sinon toujours, au moins le plus souvent, être établi sur des bases cliniques certaines.

Diagnostic bactériologique ou sérologique

Si le diagnostic du chancre est facile quand il offre tous les caractères que nous lui avons décrits, il est loin d'être toujours ainsi.

Chaque fois que l'aspect clinique d'une lésion chancriforme ne permet pas de poser un diagnostic ferme, il faut avoir recours au diagnostic bactériologique ou sérologique, c'est-à-dire, rechercher le tréponème pâle avec l'ultramicroscope et pratiquer la réaction de Wassermann qui seuls, peuvent nous donner la certitude.

Souvent la recherche du tréponème à la surface du chancre est rendue difficile surtout lorsqu'il y a infection secondaire ou comme arrive fréquemment, lorsque le porteur du chancre aura déjà entrepris de sa propre initiative, ou mieux sur les conseils d'un pharmacien, un traitement local (cautérisations, applications antiseptiques, etc...) avant de consulter le médecin. Dans ce cas ce n'est qu'après vingt-quatre ou quarante-huit heures de bains ou d'applications de compresses imbibées de sérum physiologique qu'il conviendra d'entreprendre avec quelque chance limitée de succès, la recherche du tréponème.

La recherche du virus par ponction des ganglions pourra rendre les plus grands services.

Evolution des chancres

L'évolution des chancres varie naturellement suivant son étendue. Les chancres nains disparaissent sans laisser de traces, les chancres géants, au contraire, laissent habituellement une cicatrice déprimée et blanchâtre. Mais d'une façon générale, les chancres même volumineux, ne laissent après eux qu'une légère cicatrice superficielle et lisse. Au début, sa coloration est rougeâtre, puis elle se pigmente et se décolore ensuite pour devenir plus blanche que les tissus voisins; parfois la cicatrice blanchâtre reste pendant quelque temps entourée d'un anneau pigmentaire.

Diagnostic différentiel

Voyons maintenant d'après ses différents sièges avec quoi on peut confondre le chancre.

1. Le chancre labial, on ne le confondra pas avec une érosion traumatique, qui est parfois recouverte d'une croûte, et s'accompagne des ganglions, mais qui guérit très rapidement; avec une brûlure, un furoncle, sont plus inflammatoires, plus douloureux, contenant du pus et un bourbillon.

Une vésicule d'herpès laissant après elle une érosion; est rarement solitaire, il existe habituellement d'autres érosions péribuccales, l'induration fait ici défaut, les ganglions sont absents ou petits, l'évolution est courte.

La perlèche peut simuler parfois un chancre fissuraire de la commissure, mais il n'y a pas d'induration, d'adénopathie, la recherche du tréponème lèvera tous les doutes.

Les ulcérations tuberculeuses sont rares aux lèvres, elles s'accompagnent de lésions linguales, dont elles possèdent les caractères.

Le chancre mou est également rare aux lèvres, l'ulcération est plus creusante, son fond suppurant, la recherche du bacille Ducrey et l'auto-inoculation positive permettront le diagnostic.

La gomme syphilitique labiale, souvent multiple, reste longtemps à la phase indurée, grosse comme un noyau de cerise, puis elle s'ulcère, elle est plus creusante qu'un chancre syphilitique, elle ne s'accompagne pas d'adénopathie satellite.

L'épithélioma des lèvres s'observe surtout à l'âge mûr et son évolution est lente, l'ulcération est plus irrégulière ou végétante; ses bords sont durs, surélevés, éversés, saignottant au moindre contact, les ganglions apparaissent tardivement, sont petits, mobiles. En cas de doute, la biopsie tranchera la question.

2. Le chancre du nez :

Le chancre simple est très rare, le furoncle du nez est plus douloureux, lésion tuberculeuse, épithélioma d'allure plus chronique, et surtout l'impétigo, plus diffus, plus disséminé et qui se borne à effleurer le derme sans l'éroder. En dernière analyse, c'est la recherche du tréponème dans les lésions et réaction B.W. positive après le vingtième jour qui permettront de trancher la question dans les cas difficiles.

3. Le chancre de la face :

Dans les chancres érosifs peu étendus, la confusion a été faite avec une plaque d'impétigo, d'eczéma, herpès, avec un furoncle, un chancre du nez a pu être confondu avec une engelure. Dans tous ces cas, c'est l'induration, la présence de ganglions, la recherche du tréponéma, qui permettront le diagnostic.

Dans les chancres exubérants, le diagnostic se pose avec les syphilides tertiaires ulcéro-croûteuses, mais ici pas d'adénopathie satellite (il y a des exceptions), l'évolution est plus torpide, aucune explosion secondaire ne suit l'apparition des lésions, la recherche du tréponème est habituellement négative.

Le chancre de la joue, reposant sur une base endurée, chondroïde, a été souvent prise par un épithéliome, pourtant l'évolution du cancer est chronique et lente, l'adénopathie absente au début, n'apparaît qu'après plusieurs mois.

4. Le chancre du cuir chevelu.

Le chancre du cuir chevelu est ordinairement facile à reconnaître à condition d'y penser; la présence de tréponèmes lèvera tous les doutes dans les cas difficiles.

Les lésions suintantes ou croûteuses: l'impétigo et de l'eczéma du cuir chevelu seront reconnues à leurs contours incertains, irréguliers, sinueux, dans l'ecthyma, la croûte est brunâtre comme celle du chancre mais son fond est plus creusant, plus suppurant, l'adénopathie est inconstante et revêt, quand elle existe, un caractère inflammatoire. La lésion est auto-inoculable.

L'épithélioma chancriforme du cuir chevelu peut

simuler parfois un chancre syphilitique, mais l'âge du malade, la lenteur de l'évolution, l'induration ligneuse des bords, plaident en faveur d'un cancer. La biopsie tranchera le diagnostic dans le cas de doute.

5. Chancre du tronc et membres.

En raison du siège insolite de ces chancres, ils peuvent être confondus avec ulcérations croûteuses ressortissant à l'impétigo ou à l'ecthyma. Mais l'adéno-pathie régionale, toujours caractéristique et la recherche du tréponème permettront d'établir le diagnostic exact.

6. Chancre syphilitique des doigts et de la main :

Dans le chancre mou le doigt est gros, boursoufflé, très infiltré. La douleur spontanée et provoquée, est plus vive que dans le chancre syphilitique; elle peut empêcher tout sommeil. Le moindre contact est extrêmement pénible.

Dans les panaris il y a présence du bourbillon, œdème à distance ; la douleur ne reste localisée à la plaie ou à son pourtour comme dans le chancre ; elle irradie à distance.

On peut confondre le chancre fongueux avec une tuberculose péri-ungéale; un chancre ulcéreux avec une engelure ulcérée, ou des ulcérations tuberculeuses ; l'évolution est lente, torpide, avec absence des tréponèmes dans ces lésions.

L'impétigo-ecthyma du pourtour des ongles: lésion rarement unique, est auto-inoculable et entourée de pustulettes filles.

PRONOSTIC

La syphilis qui suit un chancre génital est-elle moins grave que celle qui survient après un chancre extra-génital surtout céphalique?

C'est là une question importante, car l'on sait maintenant que le chancre extra-génital n'est pas comme on le croyait, une rareté, une exception. En effet, selon Fournier, sur 10.000 chancres, on rencontre en moyenne 93 % de génitaux et 7 % d'extra-génitaux.

Les chancres céphaliques ont une mauvaise réputation très justifiée, dit M. Simon.

Pour les tabétiques et paralytiques généraux souvent l'accident primitif est un chancre céphalique. La céphalée, l'insomnie secondaire sont plus fréquentes lorsque le chancre siège à la tête.

M. Simon conclut qu'il est logique de penser que le bubon syphilitique, véritable réservoir de virus, peut infecter directement le liquide céphalo-rachidien et remonter le cours de celui-ci jusqu'au centre nerveux. Il indique la voie principale de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. Il va des gaines sous-arachnoïdiennes gagner la circulation générale, passant successivement par les lymphatiques des gaines nerveuses, les ganglions auxquels celles-ci se rendent, puis par les afférents des ganglions à la citerne Pecquet, au canal thoracique ou à la glande, veine lymphatique et finalement au confluent jugulo-sous-clavier. Cette voie principale lui paraît donner la clef

de la marche du virus syphilitique dans certains cas de chancre céphalique. Le liquide céphalo-rachidien baigne la gaine péri-nerveuse et les gaines péri-fasciculaires, qui se continuent par les lymphatiques jusqu'au ganglion.

L'hypothèse acceptée par M. Simon explique facilement les complications des chancres céphaliques sur les centres nerveux. Il ajoute que dans le traitement de la syphilis due à ces chancres, il est dangereux d'attendre l'apparition de l'adénopathie. Malheureusement, les chancres céphaliques sont le plus souvent méconnus à leurs débuts et ce n'est que lorsque les ganglions se développent que le malade s'inquiète et demande conseil. L'auteur ajoute: tout porte à croire si mon hypothèse est exacte que dans ces conditions, s'il est encore temps de guérir une infection commençante des centres nerveux, il est déjà trop tard pour l'éviter complètement.

Cette hypothèse de M. Simon n'est pas partagée par tous les syphiligraphes.

Une opinion très répandue veut que le chancre extra-génital ait une gravité particulière, et que la syphilis qui en dérive soit grave.

Une lésion d'analogie avait fait admettre la gravité de la syphilis à accident initial non génital. Cette raison est la suivante: dans la rage le lieu d'inoculation du virus a une grande importance du point de vue de la gravité du pronostic. En cas de morsure des membres inférieurs, la mortalité est de 19 %, elle est de 60 % en cas de blessure aux mains, de 88 % si la plaie siège à la face. De plus, la durée de l'incubation varie aussi selon le siège, cette durée étant la mesure de la virulence. Ces considérations applica-

bles à la rage ont été étendues à la syphilis et sont venus apporter un argument à ceux qui admettent la gravité de la syphilis extra-génitale. Fournier termine ses arguments avec le résumé suivant :

1. La syphilis extra-génitale peut se présenter parfois avec un caractère de gravité insolite.

2. Quand on réunit un très grand nombre de faits, on voit que la gravité des syphilis extra-génitales est la même que celle d'origine génitale.

3. La gravité de certains cas de syphilis extra-génitale tient bien moins à la localisation du chancre qu'aux conditions du terrain sur lequel il se développe.

Les quelques lumières nouvelles qui peuvent fournir les moyens modernes d'investigation ne font que confirmer l'opinion magistrale de Fournier sur ce sujet.

D'autre part, Dujardin qui a recherché le pronostic de 53 chancres extra-génitaux, la plupart céphaliques, estime que la réaction méningée, dans le cas de chancres céphaliques pour être parfois un peu plus précocé, ne prédispose pas aux complications nerveuses.

On peut donc admettre maintenant, qu'il n'est pas légitime de dire que les syphilis que suivent les chancres extra-génitaux sont plus graves que les autres. Le pronostic, dans ces cas, est celui de la syphilis en général. Voilà tout.

CONCLUSIONS

1. Chaque région de la peau peut être le siège d'un chancre syphilitique. Les nombreuses observations précitées dans cette thèse confirment cette phrase qui est tout à fait conforme à la vérité.

2. Nous croyons aussi que le siège de la lésion primitive ne saurait en rien être considéré comme la raison de la gravité ou de la malignité qu'affecte parfois la syphilis extra-génitale.

3. Il faut examiner soigneusement toute morsure, quel que soit son siège et ses apparences, car un diagnostic rapide mais précis s'impose. Il faut que le public sache que la syphilis peut être contractée par des contacts extra-génitaux et souvent par une morsure.

Vu: *Le Président de Thèse,*
H. GOUGEROT.

Vu: *Le Doyen,*
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.



BIBLIOGRAPHIE

- DELEFOSSE. — *Annales des Maladies Vénériennes*, 1921.
- DRYSDALE (Charles). — *The Lancet*, 1869.
- FOURNIER (Alfred). — Chancres extra-génitaux. *La Tribune Médicale*, 1895; *Annales de Dermatologie et syphiligraphie*, 1876.
- GOUIN. — *Annales des Maladies Vénériennes*, 1921.
- GUIGNARD. — Contribution à l'étude des chancres extra-génitaux. *Thèse de Paris*, 1882.
- HALLOPEAU. — *Traité de syphilis*, 1911.
- JEANSELME. — *Traité de syphilis*.
- LAVERGNE et PERRIN. — *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1884.
- LEJARS (F.). — *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1894.
- LESAGE. — *Thèse de Paris*, 1883.
- MALHERBE (H.). — *Annales des Maladies Vénériennes*, 1922.
- MAY. — *Revista Uruguay de dermatologia y sífiligrafia*. No. 7, año 1937.
- MEACHEN (G.). — *The Medical Press of London*, 1904.
- MOREL-LAVALLEE. — *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1886.
- NEUMANN. — *Weiner Klinische Wochenschrift*, 1902.
- RABOURDIN. — Le chancre du cuir chévelu. *Thèse de Paris*, 1912.

SERRA (Alberto). — *Clinique dermosyphiligraphique de l'Université Royale de Sassari* (Italie); *Annales des Maladies Vénériennes*, 1924.

TRUFFI. — *Giorn. Ital. della Malat. Vener. et della Pelle*, 1920.

